ITEM 250 : DÉNUTRITION DE L'ENFANT

Le jeune enfant est un sujet particulièrement à risque de dénutrition : croissance rapide, faibles réserves, accès autonome à la nourriture limité, etc.
- Epidémiologie : prévalence **30**%, dont 10% de dénutrition sévère
- Causes : par carence d'apport (exceptionnelle en pays développés), par **augmentation des besoins/des pertes** (**maladies chroniques**)
- Seuils différents : limite inférieure normale de l'IMC variant en fonction de l'âge
- **Courbes de croissance pondérale et staturale** : éléments indispensables pour dépister la dénutrition, déterminer son ancienneté et évaluer son intensité.

Diagnostic

➞ Clinique : fonte panicule adipeux, fonte musculaire, œdème (kwashiorkor) ou phanère
- Dénutrition si **IMC < -2 DS** (utilisation des déviations standards (DS) car les valeurs seuils diffèrent selon l'âge)
- **Rapport périmètre brachial sur périmètre crânien (PB/PC**) : suspicion de dénutrition si **< 0.30** (sauf anomalie crânienne)
- **Poids rapporté au poids attendu pour la taille = (PpT) dénutrition récente**

Ex : Poids attendu garçon de 1 m à 4 ans = 16 kg, si 13 kg, le PpT est à 13/16 = 0,81 < 0,9 = dénutrition
- **Taille rapportée à la taille attendue pour l'âge (TpA) = dénutrition ancienne**
- Le diagnostic est clinique – examen bio au cas par cas = albumine, transthyrétine, RBP utile pour le suivi

➞ **Une cassure de la courbe est le signe d'alerte à rechercher**.
- **Dénutrition = association 1 critère phénotypique + 1 critère étiologique**
- **Au moins 1 critère phénotypique**

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit) :	**Dénutrition sévère** (1 seul critère suffit) :
- Perte de poids ≥ 5% et ≤ 10% en 1 mois - Perte de poids ≥ 10 % et ≤ 15% en 6 mois - IMC [17-18,5] selon courbe IOTF - Stagnation pondérale avec poids [-3 ;-2] DS - Réduction masse musculaire	- Perte de poids > 10% en 1 mois - Perte de poids > 15% en 6 mois - IMC < 17 selon courbe IOTF - Stagnation pondérale avec poids < -3 DS - Infléchissement statural avec perte d'au moins 1 couloir
Au moins 1 critère étiologique : - Réduction prise alimentaire > 50% pendant 1 semaine - Réduction des apports pendant au moins 2 semaines par rapport au besoin habituel - Absorption réduite = maldigestion, malabsorption - Situation d'agression = hypercatabolisme avec ou sans syndrome inflammatoire	

Interprétation des courbes de croissance

Questions	Réponses
Taille et poids en valeur absolue dans les normes ?	Normale entre – 2 DS et + 2 DS
Cinétique conservée ou non : critère le plus important . Ralentissement ? **cassure** ? . Croissance staturale / pondérale ?	Vitesse de croissance staturale : - Première année : **+ 25 cm/an** - De 3 ans à la puberté : **+ 5 cm/an** - Puberté : **+ 10 cm/an** Vitesse de croissance pondérale : - Premier mois : **30 g /j** - A un an : **triple son poids**
Taille cible génétique Croissance dans le bon couloir ?	$(\frac{T\ père\ +\ T\ mère\ \pm 13\ si\ garçon\ ou\ fille}{2})\ \pm\ 8.5\ cm$ Limites d'interprétation : - Age en dehors de la tranche 2 – 10 ans - Ecart important de taille entre les parents - Croissance de l'enfant en dehors des couloirs normaux

Objectifs :
➞ Déterminer un poids cible : poids attendu pour la taille PpT
➞ Déterminer l'apport énergétique + compensation de cet apport + comment l'administrer

Modalités :

➞ Intestin fonctionnel : - **Alimentation orale fractionnée** enrichie ou non, ± **CNO** - **Nutrition entérale** par SNG ou gastrostomie	➞ Intestin non fonctionnel : - **Nutrition parentérale** par cathéter central - Avis en milieu spécialisé indispensable

Évaluer l'efficacité du soutien nutritionnel :
➞ Analyse de la croissance

Support nutritionnel

Besoins nutritionnels (varient en fonction de l'âge) :
- Energie : 100 kcal/kg/j jusqu'à 10 kg puis 1000kca/j + 50 kcal/kg jusqu'à 10kg puis 1000kca/j + 25 kcal/kg > 20 kg
- Protéines : 10 g/j jusqu'à 2 ans puis 1 g/kg/j ensuite (de 15 à 20% des apports surtout si dénutrition)
- Eau : 150 mL/kg/j à la naissance puis 55 mL/kg/j après 5 ans